

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

57

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Lucien MICHAUT

DES

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

ET EN PARTICULIER DU

PNEUMOTHORAX

COMME CAUSE DE

MORT SUBITE OU RAPIDE

DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

Président : M. BÂR, professeur

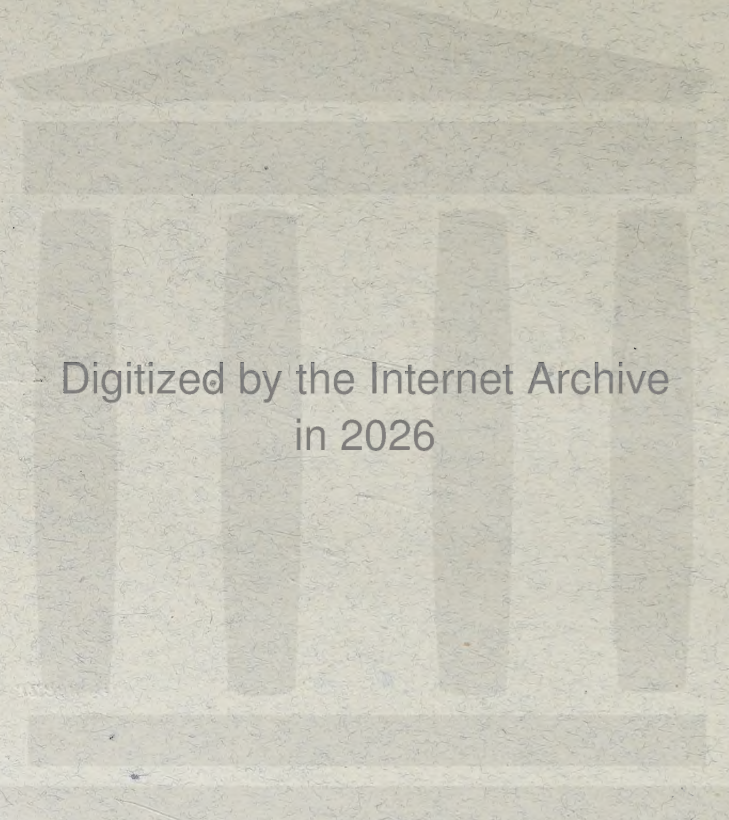
Juges : { MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur
DEMELIN, agrégé
BRINDEAU, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554627_0007

57

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Lucien MICHAUT

DES

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

ET EN PARTICULIER DU

PNEUMOTHORAX

COMME CAUSE DE

MORT SUBITE OU RAPIDE

DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL



Président : M. BAR, professeur

*Juges : { MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur
DEMELIN, agrégé
BRINDEAU, agrégé*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.	{	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	{	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
Clinique chirurgicale.	{	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements.	{	BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
RAITHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de mon affection.

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

DES
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
ET EN PARTICULIER DU
PNEUMOTHORAX
COMME CAUSE DE
MORT SUBITE OU RAPIDE
DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer au cours de nos études un cas de *mort subite*, chez une femme enceinte, par *pneumothorax* suffocant, nous avons de suite été frappé de l'intérêt qui s'attachait aux cas de ce genre, et nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse de doctorat.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, les questions que nous avons posées à ceux de nos amis et de nos maîtres que la question semblait intéresser nous ont amené à penser que le pneumothorax était d'une extrême rareté chez la femme enceinte

et la parturiente. Il nous est alors apparu que, limité à l'étude du pneumothorax dans ses rapports avec la puerpéralité, le présent travail embrasserait un champ bien restreint.

Nous avons donc étendu nos recherches aux questions connexes de la précédente ; nous avons passé en revue les diverses affections de l'appareil respiratoire et les complications de leur marche clinique dans l'état puerpéral ; puis, pour nous limiter dans cette étude qui menaçait alors de devenir trop vaste, nous nous sommes attaché à comparer entre eux les faits qui se rapprochaient de notre observation inaugurale par la soudaineté du dénouement fatal.

Ce travail, conçu après les orientations diverses que nous venons d'indiquer sera donc consacré aux *affections de l'appareil respiratoire et en particulier au PNEUMOTHORAX comme cause de MORT SUBITE OU RAPIDE dans l'état puerpéral*. Aussi bien aucune monographie de ce genre n'a encore été publiée (1) ; certes, dans le court historique que le lecteur trouvera plus loin, nous signalerons une suite de consciencieux travaux consacrés à la *mort subite* chez la femme enceinte ou la parturiente ; mais la part

1. Nous avons bien relevé dans l'*Index Medicus* l'indication d'un article de SPERLING paru en 1901 sous le titre : « Mort subite dans les maladies du poumon pendant la grossesse », dans l'*Allgemeine Deutsche Hebaunneng Zeitung*. Malheureusement ce journal ne figure point dans les bibliothèques de Paris ; de plus le fait qu'aucun des grands périodiques allemands n'a analysé l'article de Sperling nous donne à supposer qu'il s'agit d'un travail peu important.

réservée dans ces études aux maladies de l'appareil respiratoire est en général minime, et les auteurs, s'attardant surtout à des considérations générales n'ont pu insister sur les traits particuliers des accidents d'ordre respiratoire, sur leur mécanisme, ni sur le traitement qu'ils comportent.

Ce sont là les points que nous nous efforcerons de mettre en lumière dans les pages qui vont suivre.

Mais avant de commencer ce travail nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux pour les conseils qu'ils nous ont donnés pendant nos études médicales.

Nous remercions le Dr Boissard pour son obligeance à nous laisser publier une observation prise dans son service.

Nous tenons à remercier spécialement le professeur Delbet pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter pendant notre stage en chirurgie.

Nous gardons le meilleur souvenir du professeur Gilbert Ballet de qui nous avons été stagiaire en médecine. Il a droit à toute reconnaissance pour la courtoise affabilité dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous remercions le professeur Bar pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse. C'est ce maître qui guida nos premiers pas dans la pratique de l'art si difficile des accouchements. Et, si nous nous souviendrons toujours de ses admirables leçons cliniques, nous tenons surtout à le remercier pour tous les efforts qu'il a fait pour faire de nous un bon et honnête praticien.

HISTORIQUE

Le premier travail d'ensemble sur la mort subite au cours de la puerpéralité est un mémoire de Dionis paru en 1709 sous le titre : *Dissertations sur les morts subites* ; après, et jusqu'au milieu du siècle dernier on ne trouve guère que des observations isolées dont les principales sont dues à Mauriceau (1738), Delamotte (1765), M^{me} Lachapelle (1821), etc., etc...

En 1849 Campbell, à l'occasion d'un fait très intéressant de mort subite par œdème pulmonaire chez une cardiaque, publie son importante thèse sur la mort subite dans l'état puerpéral.

Puis viennent deux importants mémoires, l'un de Mardret (1858), l'autre de Moynier (1859) qui mettent bien la question au point et qui en particulier établissent la division étiologique restée classique jusqu'à ces toutes dernières années.

Après eux on n'a guère eu en vue que les morts subites survenant dans les suites de couches infectieuses ; c'est le point de vue auquel se placent Hervieux dans son *Traité des maladies puerpérales* (1870), Challier de Granchamp, Lamy et Maritau dans leurs thèses.

Plus récemment, avec Auvard (1888), Vinay (1892) et Rudaux (1906) on est revenu à l'étude de la mort subite

pendant la grossesse elle-même ; aussi aurons-nous l'occasion de faire au cours de ce travail de nombreux emprunts aux auteurs que nous venons de citer, en particulier à Auvard et à Rudaux.

Pour donner une idée de la part très restreinte que les monographies que nous venons de citer font à la mort subite par maladies de l'appareil respiratoire, nous dirons quelques mots du plan général qu'elles ont suivi. Celui que Mardret et Moynier ont, nous l'avons déjà dit, rendu classique, comportait quatre grandes divisions où les morts subites étaient rangées selon qu'elles étaient survenues par : lésion du système circulatoire ; du système respiratoire ; du système nerveux ou sans lésion appréciable.

Or Mardret consacre aux lésions de l'appareil respiratoire 19 pages sur 178 que comporte son mémoire, et Moynier 17 pages sur 168.

Dans l'excellent article de Auvard, les causes de la mort subite dans l'état puerpéral sont rangées sous 6 rubriques :

Embolie pulmonaire ;

Entrée de l'air dans les veines ;

Syncope ;

Choc ;

Hémorragies ;

Maladies diverses.

C'est sous ce dernier titre que sont étudiées les affections de l'appareil respiratoire.

Or si l'on songe à l'étendue des développements consacrés à l'embolie, si fréquente dans les suites de couches, à l'entrée de l'air dans les veines dont le mécanisme, dont la

possibilité même ont été si longuement discutés, si l'on pense aussi que l'étiquette « maladies diverses » s'applique en particulier aux maladies de l'appareil circulatoire dont le rôle étiologique est évidemment considérable, on voit quelle petite place tiennent, dans les travaux antérieurs, les accidents qui nous intéressent.

Avant de terminer ce court exposé des travaux de nos devanciers nous devons faire remarquer que dans aucun d'eux n'est donnée une définition précise de ce qu'il faut entendre par *mort subite*. C'est qu'en effet il n'existe guère de bonne définition de ce mot. Celle de Littré est vraiment un peu exclusive : « La mort, dit-il, est ordinairement précédée de symptômes graves qui dépendent du trouble de la respiration, de la circulation ou des fonctions cérébrales et qui constituent l'agonie. Celle qui arrive sans phénomène précurseur est appelée mort subite. » Or si en médecine légale on peut accepter une définition aussi limitative il n'en est plus de même en clinique.

Tourdes et après lui Brouardel font remarquer que les deux éléments qui caractérisent la mort subite, à savoir *l'imprévu* et *la rapidité* sont assez élastiques. Il n'est pas nécessaire que rien n'ait fait prévoir la mort : il suffit que cet événement paraisse gravement disproportionné à la cause qui le produit ; il n'est pas nécessaire non plus que la cessation de la vie soit immédiate comme dans la fulguration ou la section du bulbe ; il suffit que l'agonie soit courte, beaucoup plus courte que les circonstances du décès ne le faisaient prévoir.

Dans un cas comme dans l'autre il y a matière à interprétation personnelle. Tel auteur intitulera mort subite

un fait auquel un autre refuserait ce nom. Pour éviter toute discussion nous avons inséré dans notre titre les mots « mort subite *ou rapide* » qui suppriment toute possibilité d'équivoque.

OBSERVATION I (Personnelle)

(Recueillie par le D^r Pouliot dans le service
de M. le D^r Boissard.)

Tuberculose pulmonaire. — Pneumothorax

La nommée L..., vingt-cinq ans, entre à la Maternité de Tenon, le 15 septembre 1908. Elle a été opérée le 25 novembre 1907, même hôpital, pavillon Dolbeau, par le D^r Souligoux pour une tuberculose rénale droite, avec fonte caséuse de tout l'organe (néphrectomie.)

Secondipare, elle arrive à la fin du huitième mois de grossesse. Par le palper on constate qu'elle porte un enfant vivant se présentant par le sommet, en occipito-iliaque gauche antérieure. En outre, l'auscultation de la poitrine révèle l'existence d'une tuberculose pulmonaire généralisée fébrile ; l'état général est mauvais. Urines sanglantes : rein gauche très volumineux et douloureux.

Elle entre en travail le samedi 10 octobre à 8 heures du matin. A 11 heures en raison de l'état d'affaiblissement de la malade, le D^r Boissard prescrit à l'interne de terminer l'accouchement par une application de forceps, sitôt que cela sera possible. Mais, à 2 heures de l'après-midi, brusquement éclate une dyspnée terrible qui emporte la malade en dix mi-

nutes sans qu'elle ait eu *ni toux, ni expectoration, ni râle trachéal*. Voulant extraire un enfant vivant, l'interne de service songe d'abord à faire l'opération césarienne *post mortem* ; mais en raison de l'avancement relatif du travail il fait une version podalique, d'ailleurs pénible, à travers un orifice dilaté comme 2 francs. Extraction d'un enfant mort après incisions transversales du col.

Autopsie (D^r Pouliot), le 12 octobre 1908.

Poumon droit très adhérent ; farci de foyers de tuberculose en voie de ramollissement, et de granulations récentes. Poumon gauche, non adhérent, affaissé dans la gouttière costo-vertébrale, même lésion de tuberculose récente ; peu de lésions anciennes sauf quelques cavernes très superficielles ; l'une de celles-ci, à la partie superficielle du lobe inférieur, est ouverte dans la cavité pleurale par un petit orifice à bords nets.

Cœur mou, flasque, mais non dilaté ; cavités vides ; orifices sains. Urètre droit volumineux, induré, parsemé de lésions bacillaires. Il en est de même de la vessie. Rein gauche énorme ; bassinnet dilaté, se prolongeant dans le parenchyme rénal sous forme de vastes géodes encombrées de bouillie lithiasique : la cavité du bassinnet proprement dit est encombrée par un calcul moulé, coudé, de 4 centimètres de long sur 1 et demi de diamètre. Ce sont là des calculs phosphatiques dus à l'infection ascendante des voies urinaires.

Mais ces lésions ne sont en rien la cause de la mort, celle-ci est due à la formation brusque d'un pneumothorax gauche. L'irruption brusque de l'air dans la cavité pleurale malheureusement libre d'adhérences a déterminé l'atélectasie du poumon gauche, avec comme conséquence une réduction

considérable du champ de l'hématose déjà bien diminué. La toxi-infection tuberculeuse, et l'insuffisance rénale n'ont pas été non plus étrangères à la rapidité de la mort.

OBSERVATION II

(A. Jones)

Abcès pulmonaire. Pneumothorax

Le 7 novembre, on amena à l'hôpital général une femme en proie à une dyspnée intense, pâle, cyanosée, à pouls faible et rapide et dans un état si voisin du collapsus qu'on put à peine l'interroger.

Elle nous apprit cependant qu'elle venait de faire une fausse couche à la suite de laquelle elle avait eu de la fièvre et des frissons.

On l'avait soignée pour des fièvres intermittentes, puis, subitement son état s'était aggravé au point de nécessiter son transfert à l'hôpital.

Le Dr Stockton rechercha tout d'abord la cause de la dyspnée. L'examen physique la lui montra dans un pneumothorax du côté droit.

De suite, une aiguille de moyen calibre fut enfoncée dans la cavité pleurale et une notable quantité d'air fut extraite à l'aide de l'aspirateur de Allen.

Mais malgré cette intervention et tous les soins consécutifs appropriés, la patiente expira peu après,

L'autopsie (Dr Bergtold) montre qu'il s'agit d'une femme grande, bien développée, modérément grasse; rigidité cadavérique.

La cavité pleurale droite est distendue d'air qui s'en échappe avec une odeur vraiment nauséabonde. Deux orifices se voient sur la face antérieure du lobe moyen du poumon droit ; ils sont dus à la rupture d'un vaste abcès superficiel du poumon dans lequel on aperçoit, béante, la lumière de deux ramifications bronchiques. Une fausse membrane, flottant au-devant de la double déchirure pulmonaire la ferme comme une soupape.

D'autres fausses membranes adhèrent à la surface de la plèvre ; le poumon est atelectasié et affaissé ; il ne porte pas trace d'autres abcès, mais seulement des signes de bronchite légère.

Rien d'anormal dans la plèvre gauche si ce n'est quelques ecchymoses superficielles. Le poumon gauche contient un infarctus volumineux dans le lobe inférieur.

Le péricarde contient une minime quantité de liquide. Le cœur est sain.

A l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu de sérosité.

Environ une centaine de calculs de formes et de volumes divers dans la vésicule biliaire.

Les reins paraissent atteints de néphrite chronique.

L'utérus est volumineux et congestionné. L'endomètre est enflammé, Il s'écoule du pus et des débris, à l'ouverture de sa cavité. Les veines utérines droites contiennent un volumineux thrombus septique remontant jusqu'à la veine cave inférieure.

Ce qui est intéressant dans ce cas c'est le mécanisme de la mort. Il s'agit en effet d'une femme ayant fait, à la suite d'un avortement, une thrombose des veines utérines, avec embolie ; le caillot septique après avoir traversé le cœur droit

s'est fixé dans le poumon droit et y a déterminé un abcès gangreneux dont l'ulcération vers la plèvre a déterminé un pneumothorax.

OBSERVATION III

(Martel)

Tuberculose aiguë. — Pneumothorax

M^{lle} X..., jeune fille grande et mince, mais se considérant très bien portante, éprouve deux ans de suite, à la fin de l'hiver des atteintes de bronchite sans gravité apparente, et qui furent considérées par l'entourage comme de simples rhumes, malgré mes affirmations que la guérison n'était pas complète, et qu'une ou même plusieurs saisons thermales seraient nécessaires pour l'assurer.

En effet, bien qu'après chaque atteinte, la toux cessât presque complètement, et que l'enbompoint se rétablît, au moins d'une façon relative, il restait toujours sous les clavicules, surtout à droite, un foyer de craquements humides, avec submatité en ce dernier point. En somme les deux dernières années s'étaient bien passées, quoiqu'il fût constant que, malgré sa limitation, la lésion du parenchyme persistait.

Toujours est-il qu'on crut pouvoir marier la jeune fille, sans que je fusse mis à même d'exprimer mon opinion à ce sujet. Quelques semaines après l'événement, au retour d'un voyage qui l'avait fatiguée, je revis M^{lle} X... qui ne se plaignait que de catharre pharyngien. Mais déjà l'affection pulmonaire était répartie. Le mois suivant, je constatai les progrès rapides de l'infiltration et de la bronchite concomi-

tante ; l'état général s'altéra. Des symptômes gastriques, attribués sans cause suffisante d'abord à des indigestions éveillèrent mes doutes.

Je sus alors que les règles n'avaient pas reparu, et que la grossesse pouvait strictement être admise. Bientôt quelques signes du côté du ventre et des seins rendirent toute méprise impossible.

Alors, tous les accidents s'accroissent avec une effroyable rapidité. La chambre puis le lit ne peuvent être quittés. La diarrhée devient incoercible ; je n'ai pas besoin de dire que tout le traitement avait suivi dans tous leurs détails les nouvelles indications, mais sans aucune efficacité.

Un matin, enfin, survient brusquement une oppression violente, sans douleur d'abord, puis plus tard accompagnée de sensations bizarres et pénibles dans le côté gauche. Malgré tous les secours, la mort a lieu le soir du même jour.

Je l'attribue à un pneumothorax qu'on ne peut constater, tout mouvement de la malade était impossible. C'était le soixante-quinzième jour précis de l'imprégnation.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Labadie-Lagrave)

Grippe. — Congestion pulmonaire. — Œdème aigu

La nommée L... trente et un ans, mouleuse, entre à la Maternité le 11 janvier à la suite d'un avortement fait en ville. Quinze jours avant cet avortement elle a été prise de fièvre et de courbatures ; elle garde le lit depuis le 4 janvier, époque où elle ressentit un point de côté à gauche, eut des frissons et une forte fièvre.

A l'entrée la température est de 39° 2, le pouls à 120. La face est cyanosée ; il y a de la dyspnée et le cœur est rapide et arythmique.

Toute la moitié supérieure du poumon gauche est mate avec des râles sous-crêpitants au sommet et plus bas un souffle tubaire. Du côté droit, râles sous-crêpitants du haut en bas. L'expectoration muco-purulente est abondante.

Les jours suivants l'état reste stationnaire avec tendance à l'aggravation.

17 janvier. — Survient une brusque crise de suffocation avec râle trachéal, toux quinteuse, expectoration mousseuse et sanglante très abondante au cours de laquelle la malade succombe asphyxiée.

OBSERVATION V

(Chambrelent)

Crise d'asthme

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, j'étais appelé par un médecin-major de la garnison auprès de la femme d'un officier supérieur, enceinte de huit mois et demi environ et en proie à un accès d'asthme des plus violents.

Agée de quarante ans, cette dame est, depuis plusieurs années, sujette à des crises d'asthme, plus fréquentes depuis deux ans qu'elle habite Bordeaux. Elle est enceinte pour la quatrième fois et ses grossesses précédentes ont évolué sans accident.

La grossesse actuelle date du commencement de mars 1897 ;

il y a quelque temps, elle contracta l'influenza, affection pour laquelle elle suivait un traitement homœopathique.

7 novembre. — Elle eut un accès d'asthme plus violent que les précédents ; le médecin-major, appelé, conseilla des ventouses et des inhalations d'oxygène ; mais, craignant une complication, par suite de l'état de grossesse de la malade et pensant qu'une intervention active pourrait être utile, il me fit appeler.

L'enfant paraissait âgé de huit mois et demi environ, se présentait par le sommet.

Les bruits du cœur étaient nets et réguliers. Le travail ne paraissait pas commencé ; le col, ramolli, avait toute sa longueur et paraissait difficile à atteindre.

Je conseillai l'expectative jusqu'au lendemain matin, en continuant les inhalations d'oxygène et la révulsion.

8 novembre. — Je revis la malade avec mon confrère, le Dr Hirigoyen, chirurgien en chef de la Maternité ; celui-ci confirma, après un examen, notre diagnostic de crise d'asthme.

Nous constatâmes ensuite qu'il n'y avait pas de début de travail et comme, vu l'état d'orthopnée de la malade, il eût été dangereux de la mettre dans un décubitus dorsal, comme c'eût été nécessaire pour provoquer l'accouchement ; comme, en outre, le cœur du fœtus continuait à battre avec régularité, nous conseillâmes l'expectative, en donnant à la malade un mélange de bromure et d'iodure de potassium.

Le soir, l'état de la respiration est un peu amélioré.

Aucune modification au point de vue obstétrical, pas de début de travail ; les battements continuent à être normaux. Nous continuons le bromure et l'iodure.

La malade succomba pendant la nuit à une augmentation de dyspnée : quelques instants avant la mort, l'auscultation n'avait plus permis de percevoir les battements du cœur foetal.

Le médecin-major, présent au moment de la mort, propose de procéder à l'opération césarienne *post-mortem*. La famille s'y refusa.

OBSERVATION VI

(Paterson)

Pneumonie. — Œdème pulmonaire

Le dimanche 6 novembre à minuit je fus appelé auprès de M^{me} M... secondipare, âgée de trente-deux ans, qui n'attendait son accouchement que pour le milieu de novembre.

Je la trouvai dans un état d'angoisse extrême, en proie à une othopnée excessivement pénible accompagnée d'une toux fréquente qui ramenait des quantités énormes d'une expectoration spumeuse mêlée de sang rouge.

L'auscultation révélait une abondance de râles fins remplissant toute la poitrine. Le cœur, rapide, battait tumultueusement ; les bruits respiratoires empêchaient d'entendre d'une manière précise ses battements.

La cyanose du visage était extrême ; on comptait à la minute 50 à 60 mouvements respiratoires et 144 pulsations ; la température était de 101 degrés (Fahrenheit). Il n'y avait point d'œdème des extrémités ; le travail n'était point commencé à 8 heures du matin. Elle entra en travail et accoucha rapidement ; la délivrance se fit sans difficultés, l'utérus se

rétracta normalement, et il n'y eut point d'hémorragie. Après la toilette des organes génitaux on administra à la malade à titre de stimulant un grog additionné de teinture de strophantus.

Le diagnostic du D^r Haultain qui la vit alors et le mien était celui d'embolie pulmonaire et notre pronostic était assez sombre.

Dans l'après-midi il y eut une aggravation subite de l'état de la malade. Elle se cyanosa à nouveau, fit entendre de nouveau des râles trachéaux abondants, en même temps que le pouls faiblissait. Je fis rapidement une saignée abondante et j'injectai sous la peau 12 milligrammes de sulfate de strychnine.

L'amélioration fut très passagère et à 8 heures du soir la malade succomba, exactement vingt-quatre heures après le début des premiers accidents et quatre heures après la deuxième crise.

L'autopsie fut faite le lendemain par le D^r Littlejohn. Les deux poumons étaient le siège d'un œdème congestif intense. Les bronches étaient encore remplies de sérosité. De plus le lobe inférieur du poumon droit présentait à la coupe l'aspect caractéristique de l'hépatisation rouge ; le tissu pulmonaire ne crépitait pas sous le doigt et, plongé dans l'eau, ne surnageait pas.

Le poumon gauche ne contenait pas d'autres lésions que les organes abdominaux et en particulier l'utérus.

Mais le cœur présentait des traces d'une endocardite ancienne ; son orifice mitral n'admettait que le petit doigt et l'oreillette gauche, notablement distendue, contenait un gros caillot.

Notre conclusion fut que la mort avait été due à une crise d'œdème pulmonaire chez une pneumonique atteinte de rétrécissement mitral ancien.

OBSERVATION VII

(S. Rémy)

Tuberculose aiguë

La malade observée par le D^r Wilhelm avait vingt-huit ans et était atteinte de tuberculose aiguë des deux sommets.

Elle eut plusieurs hémoptysies pendant le cours de sa grossesse, qui devinrent particulièrement fréquentes dans le dernier mois.

En raison de la cachexie progressive de la malade, le D^r Wilhelm recommanda à la sage-femme de le faire prévenir, dès que le travail commencerait. Il espérait avoir au moins un enfant vivant, tandis qu'il jugeait l'état de la mère désespéré.

Le travail se déclara à 9 heures du matin, mais le médecin ne fut près de la parturiente qu'à 10 heures du matin. La mère mourut sans proférer un cri. La sage-femme fit l'extraction d'un enfant bien constitué, mais complètement exsangue, qui, malgré la respiration artificielle, les bains et les frictions, ne tarda pas à succomber.

OBSERVATION VIII

(Ollivier, *in* Rudaux)

Pleurésie

Une jeune fille de vingt-deux ans, enceinte de cinq mois, éprouvait depuis quelques jours un malaise qu'elle ne pouvait définir. Un jour elle se plaint de souffrir davantage et s'habille pour se rendre chez sa sœur. Il était 8 heures du matin, à 9 heures on entre dans sa chambre et on la trouve morte, étendue sur le carreau.

L'autopsie fit reconnaître que la mort avait été causée par une pleuro-pneumonie double et récente.

OBSERVATION IX

(Devilliers)

Pleurésie double. — Œdème pulmonaire

M^{me} X..., élevée dans l'aisance, âgée de vingt et un an, primipare, d'une taille petite mais bien conformée, d'un tempérament nerveux-sanguin, d'un caractère vif et impressionnable, menstruée régulièrement et abondamment pendant huit jours, n'a eu, dit-on, aucune maladie grave pendant son enfance, mais a été atteinte il y a dix-huit mois, d'une pleurésie double. Elle s'est mariée le 23 avril 1852 et a dû devenir enceinte vers la fin de juin suivant, avant une époque menstruelle qui n'a pas paru.

Arrivée à terme le 21 mars, elle éprouva vers 1 heure

du matin quelques légers malaises de ventre qui augmentèrent à 6 heures. A 7 heures, les douleurs du travail étaient devenues manifestes. Je me rendis à 8 heures auprès de M^{me} X... et la trouvai heureuse de voir la fin si impatiemment attendue par elle de cette grossesse. Les douleurs étaient assez vives, mais courtes et séparées par des intervalles de quatre à cinq minutes au plus.

Le col était effacé, l'orifice clos, ses bords serrés en forme de nœud de bourse et encore épais. Le sommet se présentait en partie engagé avec le segment inférieur de l'utérus qu'il poussait au-devant de lui dans l'excavation.

J'engageai M^{me} X... à prendre un lavement, lui permis un peu de potage, et me retirai en annonçant un commencement de travail et une présentation favorable du fœtus.

Je prescrivis un grand bain d'eau de son, à une température douce et aussi longtemps supporté que possible. Quelques instants après avoir été plongée dans le bain, M^{me} X... éprouva du bien-être, l'agitation diminua, les douleurs s'éloignèrent et semblèrent se régulariser.

La bain fut supporté pendant une heure et demie. Quinze minutes après, à la suite d'un peu d'agitation la garde-malade administra un lavement avec 6 gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Quand je revins je remarquai chez la malade cette sorte de somnolence ordinaire à beaucoup de femmes en travail, puis l'apparition de plusieurs taches sanguines et de deux vomissements bilieux, qui vinrent me confirmer dans l'opinion que le travail marchait, et que la dilatation s'opérait d'une manière plus efficace, ce dont je ne voulus pas alors m'assurer par le toucher, dans la crainte de réveiller l'irritation nerveuse. Je me disposais à

partir, lorsque, un peu avant cinq heures, je fus appelé en toute hâte auprès de M^{me} X... Elle venait, me dit-on, d'être prise tout à coup d'une pâleur extrême avec perte de connaissance, et s'était affaissée sans avoir poussé un seul cri, sans avoir fait un seul mouvement, sans avoir exprimé la moindre souffrance.

Je trouve effectivement M^{me} X .. couchée sur le côté gauche, sans mouvement, avec résolution complète des membres ; le visage offre des alternatives de pâleur et de congestion avec teinte plutôt violette que rouge ; les lèvres deviennent bouffies et violacées ; les paupières et le globe de l'œil sont immobiles ; les pupilles sont insensibles à la lumière. Le pouls a disparu aux deux radiales, mais les battements du cœur quoique affaiblis et plus lents, sont encore perceptibles et sans bruits anormaux. La respiration est moins fréquente, haute, incomplète et stertoreuse ; à l'auscultation l'expansion pulmonaire est plus obscure et accompagnée de râles sous-crépitants en avant et à droite de la poitrine, seul côté qui soit à ma portée. Je remarque aussi que les muscles respirateurs offrent des alternatives d'efforts et de calme qui me font croire un instant à l'existence de contractions utérines et abdominales, mais le toucher ne dénote aucune tension des bords de l'orifice, du globe utérin ou des membranes ; il m'apprend seulement qu'il ne s'est opéré aucune modification propre à laisser soupçonner une rupture de l'utérus, mais qu'au contraire le travail a fait des progrès et que les lèvres de l'orifice souples et minces ont acquis une dilatation de 3 centimètres au moins.

En présence des premiers symptômes, je crois d'abord à un accident nerveux, à une syncope ; mais bientôt, lorsque

je vois la coloration violette du visage augmenter, devenir permanente, la respiration se ralentir avec les mouvements du cœur, la peau, dont la température me semble déjà plus basse, rester insensible à toutes les excitations employées, je ne doute plus qu'il ne se soit fait un épanchement sanguin considérable dans une des cavités splanchniques.

Constater rapidement tous ces phénomènes ; ouvrir les fenêtres ; mettre en usage tous les excitants à ma portée, écrire en peu de mots une ordonnance pour me procurer de l'ammoniaque, de l'éther, de la farine de moutarde ; apprêter ce qu'il faut pour une saignée, placer une ligature à chaque bras et ouvrir successivement deux veines à droite, une à gauche, sans obtenir plus que quelques gouttes de sang ; tout cela est l'affaire de peu d'instant, pendant lesquels M^{me} X... rend le dernier soupir. Depuis le moment où elle avait pâli et s'était affaissée, jusqu'à celui où elle expira, il ne s'était guère écoulé plus de 5 à 6 minutes.

L'autopsie, dont on dressa procès-verbal, fut faite quarante-deux heures après la mort.

Le cadavre offre déjà les traces d'une décomposition avancée, et conserve un reste de chaleur vers les parties couvertes, malgré le peu d'élévation de la température extérieure. 3 à 4 degrés Réaumur, pendant le jour, 1 à 2 degrés pendant la nuit. Les parties latérales du visage et du cou, la région supérieure de la poitrine, le ventre et les extrémités inférieures du corps, sont le siège de vergetures nombreuses d'une couleur violette foncée, l'abdomen est développé par la matrice et de plus distendu par des gaz intestinaux ; depuis la mort, du sang à demi coagulé s'est échappé par les deux narines et la bouche. Les articulations et les muscles

offrent la raideur caractéristique. Au pli du bras droit on remarque deux ouvertures de veines faites avec la lancette ; il n'en existe qu'une seule au pli du bras gauche.

Les parois du thorax et de l'abdomen étant ouvertes, on remarque tout d'abord une teinte générale un peu sombre et violacée répandue sur les viscères (teinte que je considère comme un effet de l'asphyxie plutôt que comme celui d'un commencement de décomposition cadavérique). Une assez grande quantité de gaz s'échappe de la cavité abdominale.

Les organes abdominaux sont sains.

La cavité du péricarde contient environ deux cuillerées d'une sérosité sanguinolente et n'offre d'ailleurs rien de particulier à noter.

Le cœur est peu volumineux, il est flasque, la consistance de son tissu est molle. Des ponctions pratiquées sous l'eau à travers les parois des cavités droite et gauche laissent échapper quatre à cinq petites bulles d'air, résultat probable de la décomposition cadavérique. Ces cavités ouvertes ne présentent d'autre altération qu'une coloration lie de vin des valvules auriculo-ventriculaires elles-mêmes. Elles ne contiennent du reste, ni sang, ni caillots, et leurs parois musculaires ont une teinte normale.

Poumons — Ces deux organes ont, dans la plus grande partie de leur surface externe, contracté des adhérences avec les parois thoraciques à l'aide de fausses membranes étendues et résistantes, traces évidentes d'une ancienne pleurésie double (traitée par la médecine homœopathique), et dont la résolution avait été longue à se faire. Les interstices de ces fausses membranes contiennent une médiocre quantité de sérosité sanguinolente.

La coloration externe des deux poumons est brune foncée, au lieu d'être grise rosée ; leur pesanteur spécifique s'est notablement accrue ; mais leur volume est évidemment moindre qu'à l'état normal, leur texture semble plus dense, plus serrée. Après avoir pratiqué plusieurs coupes sur ces organes on est frappé de la couleur rouge noirâtre très prononcée et générale que présente leur parenchyme, dont la densité, en outre, a tellement augmenté que la pression exercée par les doigts ne détermine plus qu'une crépitation très obscure, presque nulle, excepté vers quelques points situés aux environs des grosses bronches. Cependant un morceau de ce parenchyme placé dans un vase rempli d'eau, surnage, mais avec peine. De toutes les surfaces incisées, cette même pression ne fait suinter que du sang liquide ou coagulé et non spumeux, lequel semble s'être extravasé sous forme de très petits foyers disséminés à l'infini dans toutes les mailles du tissu pulmonaire. On ne remarque aucun foyer d'un volume quelque peu important, aucune cavité distincte, aucun noyau d'induration ou d'hépatisation. L'organe tout entier est comme splénifié, le siège d'une congestion sanguine générale avec épanchement. La décomposition cadavérique n'entre pour rien dans cette lésion ; car les parties les plus déclives ne présentent pas de différence bien sensible de coloration ou de consistance avec les plus superficielles ? Sur la teinte noirâtre générale on voit seulement ressortir çà et là la couleur opaline un peu plus claire des grosses ramifications bronchiques et des vaisseaux pulmonaires. Enfin rien n'indique la préexistence d'une lésion antérieure au raptus hémorragique dont il s'agit. Un seul petit ganglion induré, et contenant une substance crétacée,

se voit au dehors du poumon, vers la racine des bronches du côté droit.

L'altération évidente et profonde signalée dans les deux poumons étant plus que suffisante pour expliquer la cause de la mort, on s'abstient d'examiner les autres viscères.

OBSERVATION X

(Mardret)

Hydrothorax double. — Syncope

La fille B..., âgée de vingt-cinq ans, entre dans mon service de la Maternité, le 2 mars 1852. Cette fille a eu une première couche heureuse. Elle est soupçonnée phtisique, a eu des fièvres tierces pendant sa grossesse, et les jambes un peu infiltrées. L'examen de la poitrine n'indique aucune affection organique; elle tousse peu et ne crache pas. Pendant son séjour à l'hôpital, l'œdème augmente à vue d'œil; la malade est enflée jusque sous les bras; les téguments, ceux du ventre surtout, sont très distendus: on les soutient avec un bandage.

Dans les derniers temps, on fait des mouchetures aux grandes lèvres qui menacent de se gangrener, et la malade en est très soulagée. Elle est, du reste, très faible et respire difficilement. La respiration continue d'être normale, mais on l'entend peu; la distension œdémateuse des téguments rend l'auscultation difficile et la percussion à peu près impossible. Cette femme conserve quelque temps son appétit, mais il devient ensuite très difficile de la nourrir. Son

régime est rendu aussi analeptique qu'elle le peut supporter. On la purge une fois avec l'huile de ricin. Elle fait usage d'une potion aromatique et tonique, aiguisée d'un peu de teinture de scille, les boissons sont nitrées. Enfin le 3 avril, elle accouche, sans nouveaux accidents, d'un enfant à terme, du sexe féminin et vivant. Le travail, qui a duré de huit à dix heures, a naturellement été très pénible ; la délivrance s'est bien faite. J'arrivai à ce moment près de la malade ; elle était d'une couleur de cire ; elle eut une demi-syncope, et dit : « je meurs. » Elle fut ranimée par les excitants, après quoi je prescrivis, suivant la méthode de Churchill, le sirop d'opium, par cuillerée à café, jusqu'à production du sommeil, de quart d'heure en quart d'heure. Le sommeil ne vint qu'au bout de trois heures, et la malade en dormit deux heures environ. A son réveil, elle était plus calme, ne souffrait plus et nous dit qu'elle avait repris ses forces. Je prescrivis : infusion de tilleul, potion tonique et opiacée, une pilule avec 5 centièmes de poudre de digitale, un demi-lavement, une ventouse sèche à la pointe de l'épaule, qui était devenue le siège d'une douleur vive ; un emplâtre de poix de Bourgogne dans le dos, et un cataplasme sinapisé sur le ventre. Le surlendemain la malade était assez bien, elle ne se plaignait plus que de sa douleur d'épaule ; l'oppression était moins grande, les lochies coulaient bien. Mais dans la nuit du 5 au 6, ils survint un nouvel accès de dyspnée. Je fis mettre aussitôt des sinapismes aux jambes et à la poitrine, mais la malade mourut en moins d'une demi-heure.

Autopsie. — Œdème général, plèvres non adhérentes, cavités pleurales contenant une grande quantité d'eau. Les

poumons étaient sains et refoulés dans les gouttières vertébrales. Ils ne contenaient point de tubercules, leur coloration était grise ardoisée. Il ne crépitaient point à la pression et ne surnageaient point dans l'eau. Le tissu cellulaire de l'abdomen était très infiltré. L'utérus était sain et bien revenu sur lui-même. La cavité du péritoine contenait aussi une grande quantité de sérosité limpide.

OBSERVATION XI

(Philipps)

Pleurésie chronique adhésive. — Œdème pulmonaire

Le 4 mai 1870, de bon matin, je fus appelé auprès d'une parturiente soignée par une des sages-femmes de la maternité royale de la Charité. C'était une quintipare âgée de quarante ans, dont le dernier enfant avait quatre ans. Depuis cette dernière couche et spécialement pendant la grossesse actuelle elle avait souffert d'attaques de dyspnée et de toux pour lesquelles elle avait été soignée à l'hôpital libre Métropolitain. La sage-femme était arrivée à 5 heures : depuis une heure le travail progressait normalement. La patiente était dyspnéique et fort pâle ; mais bien que son état eût alarmé la garde elle n'en accoucha pas moins facilement et quand j'arrivai, immédiatement après l'expulsion de l'enfant, je la trouvai en bon état ; elle put causer avec moi sans être trop essoufflée, aussi décidai-je de ne pas la fatiguer par un examen qui me paraissait devenu inutile.

Cependant au bout de trois quarts d'heure de calme, elle

se levait brusquement, se soulevait des coudes sur le lit, en proie à une dyspnée intense, sans pouvoir parler ; puis elle retomba morte.

Le lendemain je fis l'autopsie avec l'aide de M. Saunders. Le corps était bien conformé et d'un embompoint suffisant. A l'ouverture du thorax on trouva des poumons empiétant d'une façon anormale sur la face antérieure du cœur, comme chez les emphysémateux.

De nombreuses adhérences anciennes soudaient les feuillets des plèvres pariétales et viscérales ; les poumons étaient sains mais *fortement œdémateux*. Le cœur, à part une surcharge grasseuse évidente, paraissait sain.

L'examen histologique pratiqué par M. Howse, montra qu'il existait un certain degré de dégénérescence grasseuse.

EXPOSÉ CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Le titre même de ce mémoire exclut toute possibilité d'y ouvrir successivement comme dans les articles didactiques les trois chapitres classiques : *Etiologie ; Pathogénie ; Symptômes*.

Il nous est impossible sous peine de commettre de perpétuelles redites de séparer l'un de l'autre l'exposé clinique et la théorie pathogénique des accidents qui doivent nous occuper.

Ce n'est pas à dire que nous n'essayerons point de délimiter dans le présent chapitre d'utiles subdivisions. Nous le ferons d'autant plus volontiers que la lecture des travaux déjà cités, consacrés à la mort subite dans la grossesse nous a montré combien une judicieuse classification était indispensable pour jeter quelque clarté sur la question.

En effet, dans ces ouvrages, on voit les mêmes accidents décrits sous les rubriques les plus diverses. Certains auteurs, et ce sont les plus nombreux, se plaçant sans doute surtout au point de vue anotomo-pathologique, ont pris pour point de départ de leur classification les lésions qui leur semblent la cause immédiate de la mort.

Aussi rangent-ils la syncope dans les morts subites par

maladies du cœur ; les hémorragies cérébrales dans les accidents nerveux, et l'apoplexie pulmonaire dans les accidents respiratoires.

Une telle nomenclature nous paraît bien peu logique, bien peu satisfaisante pour l'esprit ; car, en résumé, ce qui nous importe, ce n'est pas de savoir si la mort est due d'une manière immédiate à l'arrêt du cœur, à l'insuffisance de l'hématose, à la désorganisation de tel ou tel territoire cérébral ; mais c'est de pouvoir dire que la femme a succombé, parce que concurremment à sa grossesse elle souffrait de telle ou telle affection.

Il faut donc établir une soigneuse distinction entre la maladie concomitante de la grossesse qui a été le *primum movens*, et l'accident terminal qui n'en a été que la conséquence ; et ce sera là l'objet de deux chapitres successifs, dans lesquels nous étudierons d'une part les relations entre les diverses maladies de l'appareil respiratoire et la grossesse, et les circonstances dans lesquelles ces maladies peuvent déterminer la mort subite, et d'autre part les accidents terminaux au milieu desquels celle-ci survient. Nous ferons naturellement une place d'honneur, parmi ces accidents, au *pneumothorax* qui fait particulièrement le sujet de notre thèse. Mais nous estimons que nous serions incomplet en nous en tenant là. En effet, il est bien rare que les faits soient simples, en médecine ; l'infinité complexité de l'organisme rend la plupart des appareils de l'économie plus ou moins solidaires les uns des autres et il ne serait pas exact, par exemple, lorsqu'une tuberculeuse succombe subitement, de rendre son poumon seul responsable de ce décès imprévu. Presque toujours

le cœur, parfois le rein ou d'autres organes, ont joué leur rôle dans le drame : aussi consacrerons-nous un troisième chapitre à ces adjuvances pathogéniques.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET MORT SUBITE

MALADIES DU LARYNX

Ainsi que l'a encore récemment démontré Grosskopff (1) la grossesse *normale* détermine des altérations marquées de la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx. Des examens répétés ont permis à cet auteur de constater chez la femme enceinte des troubles circulatoires des voies respiratoires supérieures; ces troubles augmentent progressivement pendant toute la durée de la grossesse et atteignent leur maximum pendant le travail. De cette congestion il résulte une inflammation légère qui diminue la résistance à l'infection; d'autre part, l'exacerbation due au travail, va quelquefois, quand la période d'expulsion se prolonge, jusqu'à produire des suffusions sanguines sous-muqueuses.

On comprend dès lors le coup de fouet que la grossesse et le travail donnent aux affections laryngées intercurrentes.

Inflammations aiguës du larynx. — Ce ne sont pas les laryngites que nous avons en vue; si l'on en excepte le

1. Grosskopff. « De l'Influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur les voies respiratoires supérieures » (*Archives f. Laryng.*, 1909, XXI, 507).

croup et peut-être aussi la laryngite morbillieuse, rarement observés, on le conçoit, pendant la grossesse, les laryngites aiguës sont incapables de provoquer des accidents graves.

Il n'en est pas de même des lésions traumatiques, des suppurations périlaryngées ou des brûlures de l'orifice supérieur du larynx. On sait que ce sont ces diverses affections qui sont les causes les plus communes de l'œdème de la glotte. On pourrait donc s'attendre à voir la mort subite survenir par ce mécanisme chez la femme enceinte. De tels faits existent peut-être ; ils sont en tout cas fort rares. Dans un récent et important article sur l'œdème de la glotte, paru dans le *Progrès Médical*, le Dr Bourgeois ne mentionne nullement le rôle étiologique de la grossesse, et l'on ne trouve aucune indication de ce genre dans les ouvrages les plus récents.

Tuberculose laryngée. Il s'agit ici de faits beaucoup mieux étudiés ; nous n'avons certes pas l'intention de faire l'historique des rapports de la tuberculose du larynx et de l'état puerpéral, mais il nous faut citer les importants travaux de Kuttner et de Godsken, en Allemagne, de Felise et de Barthas, en France.

Il ressort de ces diverses publications que la phtisie laryngée est extrêmement grave chez la femme enceinte. La statistique de Felise, en particulier est terrifiante. Sur 82 femmes observées et dont 77 furent suivies, 63 succombèrent, 14 seulement survécurent plus de quelques mois ; de ces chiffres il ressort une mortalité de 81, 8 0/0 ce qui est vraiment énorme.

Mais il est à remarquer que la presque totalité des décès

survient soit dans les quinze premiers jours du *post-partum*, soit dans les quelques mois suivants, et sous l'influence de la cachexie progressive. La mort subite n'a été signalée à notre connaissance que deux fois, et toujours pendant l'accouchement. Sur l'un de ces cas nous n'avons autant dire aucun renseignement. Dans le second, dû à Koch (cité par Godsken) il s'agissait d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée ; dans les derniers mois de la grossesse il survint des crises de suffocation qui firent proposer la trachéotomie ; la malade ayant refusé cette intervention succomba subitement à un accès de dyspnée survenu pendant le travail.

S'agit-il là d'œdème de la glotte ou d'une complication pulmonaire ? il nous est difficile de le dire. Il est probable cependant que c'est l'œdème de la glotte qu'il faut incriminer puisque lors des crises antérieures Koch avait jugé à propos de pratiquer la trachéotomie.

Quoi qu'il en soit, ce cas, unique dans la littérature, ne nous paraît pas suffisant pour étayer une description clinique et nous ne reviendrons plus, dans la suite de cette thèse, sur la mort subite par œdème de la glotte.

TRACHÉE ET BRONCHES

On ne saurait songer à incriminer les affections inflammatoires de ces organes (rhumes, bronchites) comme cause de mort subite ; un seul accident pourrait être retenu : la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes. Mais, vraiment, la mort subite, si elle survient en pareil

cas, est entièrement imputable au corps étranger ; l'état puerpéral ne joue aucun rôle pathogénique. Nous ne saurions donc nous y arrêter plus longtemps,

MALADIES DU POUMON

Les modifications anatomiques et physiologiques des poumons pendant la grossesse sont étudiées partout. Les traités classiques d'obstétrique, le traité des maladies de la grossesse de Vinay, et de nombreuses monographies parmi lesquelles il faut citer celle de Pozzi (1) insistent sur ces troubles dont l'importance est considérable. On sait qu'ils consistent essentiellement en trois éléments : troubles circulatoires, dus autant à l'augmentation de la masse du sang qu'à la gêne du cœur et à la compression des gros vaisseaux ; modification de la forme de la cage thoracique, par élargissement de la base du thorax et projection des fausses côtes en avant et en dehors ; refoulement du diaphragme par le développement progressif de l'utérus. La combinaison de ces trois facteurs favorise à un degré éminent la stase dans la petite circulation ; aussi verrons-nous la congestion passive jouer un rôle primordial dans la pathogénie des accidents que nous étudierons bientôt.

Pendant le travail deux nouvelles causes entrent en jeu : c'est l'hypertension artérielle sur laquelle nous reviendrons, et l'effort d'expulsion. On sait que dans le

1. Pozzi, « Influenza della gravidanza sull' apparecchio respiratorio » *Bolletín. d. levatrice*, 1898, p. 741.

mécanisme de l'effort l'appareil respiratoire entre en jeu ; après une inspiration forcée la glotte se ferme, et sur le thorax immobilisé et distendu au maximum les muscles abdominaux (grands, droits et obliques) prennent un solide point d'appui. Il en résulte une augmentation considérable de la tension intra-alvéolaire qui peut aller jusqu'à causer l'effraction du parenchyme pulmonaire. C'est là une cause importante d'accidents graves.

Asthme. — Avant d'aborder les maladies organiques du poumon, disons un mot de la grande névrose respiratoire, de l'asthme. Ses rapports avec la puerpéralité étudiés naguère par Croom l'ont été à nouveau par Audebert et par son élève Valot (1). Ce dernier a bien insisté sur la nécessité d'un diagnostic précis ; en effet bon nombre des observations intitulées « crises d'asthme pendant la grossesse » sont relatives à des faits de dyspnée toxique (chez les albuminuriques) de dyspnée cardiaque (pseudo-asthme cardiaque) ou même à des attaques d'œdème aigu du poumon.

Mais, ces réserves faites, il faut bien admettre avec Valot l'existence de crises d'asthme essentiel, pendant la grossesse ; une observation de Hyde Salter (2) est particulièrement démonstrative à cet égard. Nous pouvons en rapprocher notre observation V empruntée à Chambre-brelent, laquelle se termine par la mort du sujet. Cette mort particulièrement rapide mérite d'attirer notre atten-

1. VALOT. *Asthme et puerpéralité*, thèse de Toulouse, 1900-1901.

2. *The Lancet*, 1860.

tion, par suite de la disproportion entre la bénignité relative ordinaire des crises d'asthme et la gravité d'un tel accident. La crise d'asthme essentielle, pour pénible qu'elle soit n'a d'ordinaire aucune gravité ; la grossesse par elle-même ne peut guère assombrir le pronostic et il faut qu'une complication soit survenue chez la malade de Chambrelent pour qu'elle ait succombé,

Quelle peut être cette complication ? Tout d'abord, nous voyons que la malade ne succomba pas à proprement parler à une crise d'asthme ; une crise d'asthme ne dure pas trente-six heures.

D'autre part, c'était une femme de quarante ans asthmaticque depuis plusieurs années et dont le cœur devait être fatigué, de ce fait. Elle avait subi avant une atteinte de grippe, maladie dont on connait l'influence hyposth nisante et dépressive pour le cœur. Pour toutes ces raisons il nous semble que la malade de Chambrelent, *asthmaticque vraie*, mais à cœur déprimé et surmené, succomba comme une cardiaque. Mourut-elle d'une syncope ? fit-elle de l'* d me pulmonaire terminal* ? nous ne saurions le dire d'une façon précise, mais nous penchons plutôt pour la seconde hypothèse puisque l'auteur attribue la mort à une dyspnée rapidement progressive.

Broncho-pneumonie ; grippe. — Nous serons bref sur les rapports de ces affections avec la mort subite ou rapide dans l'état puerpéral. Les broncho-pneumonies se comportent à peu près comme la pneumonie, mais avec bien moins de gravité.

Celles qui succèdent à la grippe ont cependant une allure

assez sévère. Déjà signalée par les auteurs du milieu du siècle dernier, la grippe des femmes enceintes a donné lieu à de nombreuses études à la suite de la grande épidémie de 1889-1890. Nous citerons en particulier les articles de Vinay, de Mijulief, et de Labadie-Lagrave, et la thèse de M^{lle} Schirsky.

Tous ces auteurs signalent la gravité particulière de l'influenza chez les femmes enceintes ou en couches ; ils insistent sur la fréquence de l'avortement, sur celle des complications broncho-pulmonaires, et plusieurs de leurs observations mettent en relief l'intensité qu'atteignent parfois les phénomènes dyspnéiques.

Une femme de Vinay (1) VIII-pare, âgée de trente-neuf ans, atteinte depuis longtemps d'emphysème pulmonaire avec un très léger rétrécissement mitral, fut atteinte de grippe au huitième mois de la grossesse. Elle fut prise tout à coup d'une dyspnée si intense avec de telles menaces d'asphyxie que Vinay dut provoquer l'accouchement ce qui amena un soulagement immédiat.

M^{lle} Schirsky (2) explique de tels accidents par la facilité avec laquelle les lésions pulmonaires grippales se compliquent d'œdème pulmonaire pendant la gestation, et si elle ne rapporte pas d'exemples de grande crise d'œdème aigu elle signale à l'autopsie de toutes les femmes ayant succombé un degré plus ou moins notable d'œdème subaigu

1. Vinay. « De l'influenza chez les femmes en état de puerpéralité. » *Lyon médical*, 1892, n° 8 et 9.

2. M^{lle} Schirsky. *De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité*, thèse de Paris, 1891-1892.

Enfin notre observation IV résumée d'après Labadie-Lagrave (1) montre comment une crise d'œdème pulmonaire peut venir terminer d'une manière soudaine une congestion pulmonaire grippale.

En somme bien que les observations typiques en soient rares il est certain que la grippe peut être pendant la puerpéralité une cause de mort rapide par le mécanisme de l'œdème pulmonaire.

Pneumonie. — C'est encore cet accident qui, chez les pneumoniques enceintes, viendra parfois brusquer le dénouement. On sait en effet que la pneumonie qui complique l'état puerpéral revêt de ce fait une extrême gravité.

Tel était déjà l'avis de Grisolle dans l'important chapitre de son *Traité de la pneumonie* où il traite de cette maladie chez la femme enceinte. Et, si quelques auteurs tels que Brieger, Güsserow ont voulu établir la bénignité relative de la pneumonie de la grossesse, ils n'ont pas été suivis. Depuis l'importante thèse de Ricau, celle de Doumanoff, les articles de Gaulard et de Wallich, l'opinion inverse a nettement prévalu.

Cette plus grande gravité tient en partie à une intensité particulière des phénomènes toxi-infectieux. Le fœtus en est la première victime puisque dans la moitié des cas au moins la grossesse est interrompue ; mais trop souvent la mère y succombe elle aussi, tout particulièrement quand l'avortement a eu lieu ; la détente qui suit l'évacuation de

1. Labadie-Lagrave. La grippe à la Maternité. « *La Médecine moderne* », 1892, III, p. 89.

l'utérus est de très courte durée, le délire, les troubles nerveux, l'hypothermie réapparaissent bien vite et la malade ne tarde pas à succomber. Mais à côté de ces phénomènes infectieux qui sortent du cadre de notre étude, il en est d'autres qui y rentrent au premier chef. C'est par exemple la dyspnée ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point, la dyspnée est extrême chez la pneumonique gravide et Vinay (1) l'explique ainsi : « Cette dyspnée, comme le dit Bourgeois est plus forte que ne le comporte la lésion pulmonaire et elle est d'autant plus marquée que la grossesse arrive plus près du terme. Elle résulte à la fois de l'œdème collatéral qui se développe dans les parties saines des poumons et de l'augmentation de volume de l'utérus qui vient gêner la fonction inspiratoire du diaphragme. » C'est aussi l'œdème pulmonaire que Wernich (2) invoque pour expliquer l'aggravation qui suit l'avortement ou l'accouchement.

On sait d'ailleurs que l'œdème aigu du poumon a été maintes fois signalé chez les pneumoniques. On l'a expliqué en partie par l'insuffisance cardiaque (3) concomitante ; or celle-ci existe chez la femme enceinte atteinte de pneumonie du fait de l'encombrement de la petite circulation ; quand, de plus, la femme est atteinte d'une lésion cardiaque, elle a les plus grandes chances de faire

1. Vinay, *loc. cit.*, p. 266.

2. Wernich, *Berliner Beiträge zur Geburts und Gyn.*, 1873. Bd. II, 247.

3. Merklen et Pouliot. « L'œdème aigu d'origine pneumonique. » *Bull. Soc. med. des Hôpit.* Paris, 1904.

une crise d'œdème pulmonaire. C'est ce qui arriva à une malade de Schultz, à une autre de Auvard. C'est surtout ce qui arriva à la malade de Paterson dont nous rapportons l'observation sous le n° VI. Cette femme succomba subitement à une crise d'œdème pulmonaire au cours d'une pneumonie droite. Elle avait, il est vrai, une lésion cardiaque complexe. Mais cette cardiopathie avait été très bien supportée lors d'une première grossesse. C'est donc la pneumonie qui a été la véritable cause de la crise d'œdème pulmonaire ; l'insuffisance cardiaque n'a été qu'un facteur secondaire. Le lecteur retiendra de ce long exposé au cours duquel il nous pardonnera quelques digressions : que la pneumonie, maladie toujours très grave dans l'état puerpéral, peut entraîner la mort très rapide et même subite du fait d'une poussée d'œdème du poumon.

Abcès du poumon. — Nous n'aurions certes pas songé à consacrer un paragraphe à cette maladie si les hasards de la bibliographie ne nous eussent fait connaître l'article publié en 1891 par Jones (de Buffalo) dans le *Medical News*. Nous avons traduit et publié plus haut l'observation qui en est l'objet et sur laquelle nous allons revenir avec quelques détails.

Le point de départ des accidents avait été une infection *post-abortionum* ; l'utérus était profondément infecté ; à l'autopsie on constata de la pyométrie. De l'utérus l'infection s'était propagée aux plexus veineux latéro-utérins ; les veines utérines droites étaient thrombosées, et c'est de ce caillot éminemment septique qu'un fragment s'était détaché pour aller, après avoir traversé le cœur droit, se fixer

dans le parenchyme pulmonaire. Cet embolus devait être minuscule. L'autopsie nous prouve en effet qu'il put parcourir sans s'y arrêter les principales branches de l'artère pulmonaire, et qu'il se fixa dans un vaisseau très superficiel, dans une très fine artériole par conséquent. C'est à cette circonstance que la malade dut de faire un pneumothorax. Volumineux, le caillot migrateur, arrêté dans un vaisseau important eût déterminé soit des accidents immédiatement mortels, soit un abcès profond qui se fût vidé dans les bronches par vomique, et non dans la plèvre.

Dans le cas de Jones, au contraire, le foyer apoplectique étant sous cortical gagna vers la plèvre lorsque l'infection l'eut transformé en abcès, et c'était dans la plèvre qu'il avait le plus de chances de se vider. Il suffisait pour cela que l'abcès, une fois collecté, ne se limitât point et que le processus ulcératif continuât d'évoluer. C'est ce qui arriva chez la malade en question : elle fit donc un pneumothorax. Nous préciserons ultérieurement la variété de pneumothorax qui survint et pourquoi la mort s'ensuivit si rapidement,

Gangrène pulmonaire. — Nous ne la citons ici que pour mémoire. Nous n'avons trouvé aucun document concernant cette affection chez la femme enceinte. Mais, par analogie, nous pouvons déduire avec certitude qu'un foyer de gangrène pulmonaire pourrait s'ouvrir dans la plèvre, et tout comme l'abcès du poumon, constituer un pneumothorax suffocant.

Tuberculose pulmonaire. — Les travaux consacrés aux rapports de la tuberculose et de la puerpéralité sont innombrables. Mais ils s'inspirent en général de considé-

ractions spéciales. Tantôt les auteurs étudient la transmissibilité directe de la maladie de la mère au fœtus ; tantôt ils recherchent l'influence de la tuberculose sur la marche de la grossesse et la vie du produit de conception ; parfois ils envisagent l'état puerpéral comme facteur de tuberculisation. Beaucoup plus souvent, surtout depuis quelques années, ils cherchent à établir dans quelle proportion la grossesse et l'accouchement aggravent une tuberculose préexistante, et ceci dans le but de préciser les cas où le mariage doit être interdit aux tuberculeuses, et ceux où il pourrait être légitime d'interrompre chez elles une grossesse en évolution. Aussi, malgré la multiplicité des travaux en question, et malgré l'importance de beaucoup d'entre eux on y trouve fort peu de renseignements sur la marche clinique spéciale que l'état puerpéral peut imprimer à la phtisie. Nous eussions voulu en particulier nous documenter sur la mort des tuberculeuses enceintes ou en couches ; nos recherches ne nous ont guère éclairé. Cependant nous savons que la mort survint assez rarement pendant la période puerpérale proprement dite : on l'observe plutôt dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement. D'autre part la lecture des travaux déjà anciens où la partie clinique est plus développée comme la communication de Dubreuilh (1) ou la thèse de Petiau, celle aussi des travaux récents de Rénon, de Burchardt-Socin, de M^{lle} Godreau, nous ont montré que la mort,

1. Dubreuilh. « Influence de la grossesse de l'accouchement et de l'allaitement sur la marche de phtisie. » *Bull. Acad. Méd.*, 1651-1852, XVII, 14.

lorsqu'elle survient au cours de la grossesse est rarement le fait d'une complication respiratoire. Presque toujours il s'agit d'intoxication, de *tuberculémie* suraiguë consécutive à une extension très rapide des lésions, ou à une granulie généralisée.

En fait, en dehors de l'observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Boissard nous n'avons pu relever dans la littérature que deux observations de mort subite puerpérale par tuberculose. Dans un cas (obs. VII, d'après Remy) nous voyons une tuberculose à marche rapide se terminer par une syncope ou cours du travail ; il semble bien qu'il s'agisse ici d'un de ces accidents d'origine toxique dont nous parlions tout à l'heure. Dans les deux autres (obs. I, personnelle et III, d'après Martel) la mort fut la conséquence d'un pneumothorax. Torpide chez la première malade, foudroyante chez la seconde, la tuberculose détermina la formation de petites cavernes superficielles. Par l'extension du processus de fonte caséuse (obs. III), par l'hypertension intra-pulmonaire due aux efforts et à la dyspnée du travail (obs. I) la paroi externe de ces cavernes se rompit : le pneumothorax était constitué.

Phénomènes toxiques portant sur le cœur, et peut-être davantage encore sur les centres bulbaires respiratoire et cardiaque ; pneumothorax par ouverture d'une caverne à la plèvre, telles sont les deux grandes causes de mort subite chez les tuberculeuses en état de puerpéralité.

MALADIES DE LA PLÈVRE

Pleurésie avec épanchement. — La pleurésie avec épanchement est rarement la cause d'accidents mortels parce qu'elle est en général facilement reconnue, et qu'on peut parer aux très réels dangers qu'une trop grande quantité de liquide fait courir au malade par la très bénigne et très facile opération de la thoracentèse.

Il ne semble pas que l'état puerpéral augmente ces dangers puisqu'en 1894 Vinay a pu écrire : « Le pronostic immédiat est très favorable pour la mère, et jusqu'à présent on n'a pas eu à signaler un seul cas de mort. » Si cette dernière affirmation est un peu hasardeuse il n'en est pas moins vrai que la femme enceinte supporte relativement bien les épanchements pleuraux.

Nous publions cependant, d'après Mardret (obs. X), un cas où une syncope vint emporter subitement (en une demi-heure) une jeune femme de vingt-cinq ans, accouchée la veille, portant un double et abondant épanchement pleural. A Devilliers nous empruntons notre observation IX, qui concerne une femme de vingt et un ans, morte au début du travail de l'accouchement, dans une crise d'œdème pulmonaire. Elle avait une pleurésie avec double épanchement. Notre observation VIII, malheureusement très incomplète, a trait à une pleuro-pneumonie double qui causa la mort subite d'une jeune fille de vingt-deux ans enceinte de cinq mois ; on la trouva morte, étendue sur le carreau de sa chambre.

Nous nous attendions à trouver dans la littérature des cas d'œdème pulmonaire consécutif à la thoracentèse chez la femme enceinte.

On sait que l'évacuation trop rapide, trop complète et sous pression du liquide pleural a déterminé un assez grand nombre de cas d'œdème aigu du poumon qu'on a appelé *œdème a vacuo*. La gêne respiratoire parfois considérable, et la tendance congestive et hydropigène qui existent dans la grossesse normale nous avaient donné à penser que cet œdème *a vacuo* avait dû être observé pendant la gestation. Malgré les recherches les plus minutieuses nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun fait de ce genre.

Quoi qu'il en soit la pleurésie avec épanchement n'en est pas moins une cause de mort subite dans l'état puerpéral tant par syncope que par œdème du poumon.

Pleurésie chronique adhésive. — Lorsqu'une pleurésie a laissé à sa suite des adhérences nombreuses qui unissent l'une à l'autre sur une étendue plus ou moins considérable les feuillets pariétal et viscéral de la plèvre ou celle-ci au sac péricardique, le fonctionnement des organes thoraciques est plus ou moins entravé. Surviennne une grossesse qui refoule le diaphragme, déforme la poitrine et engendre la stase, et voilà la gêne respiratoire considérablement augmentée. Pour peu qu'il y ait une lésion d'un des organes essentiels de l'économie et la vie de la malade est à la merci du moindre incident.

C'est ainsi que les choses se passèrent dans notre observation XI, empruntée à Philipps. La malade était une

quintipare relativement âgée. Elle avait des adhérences pleurales, reliquat probable d'une ancienne pleurésie. Elle avait en outre de la surcharge graisseuse du cœur, et de la dégénérescence graisseuse du myocarde histologiquement constatée.

Elle succomba presque subitement, trois quarts d'heure après son accouchement, aux progrès rapides d'un œdème pulmonaire.

C'est en effet l'œdème aigu du poumon qui avec la syncope est en pareille circonstance le genre de mort à redouter. Nous allons voir bientôt pourquoi le pneumothorax, si par extraordinaire il survenait, serait peu redoutable.

LES ACCIDENTS TERMINAUX

En passant successivement en revue les principales maladies de l'appareil respiratoire, nous avons signalé comme accidents susceptibles d'entraîner la mort subite ou rapide : l'œdème de la glotte, la syncope, l'œdème du poumon et le pneumothorax. Du premier nous ne dirons rien ; nous serions obligé de répéter ce que nous avons déjà dit à l'occasion de la tuberculose laryngée, et d'autre part les considérations que nous pourrions émettre ne seraient appuyées d'aucun fait, puisque nous n'avons pu relever aucune observation d'œdème de la glotte.

Par contre nous parlerons successivement de la syncope de l'œdème pulmonaire et du pneumothorax, en insistant tout particulièrement sur ce dernier.

SYNCOPE. — C'est assurément cet accident qui cause la mort la plus rapide, celle à laquelle peuvent s'appliquer les définitions les plus étroites de la mort subite. Nous avons vu cette redoutable éventualité survenir dans la crise d'asthme, dans la tuberculose pulmonaire, dans la pleurésie. Le mécanisme de la syncope est-il unique dans ces différents cas ? Evidemment non. Dans la pleurésie avec épanchement c'est la compression du poumon, du

cœur et des gros vaisseaux qu'il faut incriminer. La syncope est alors le résultat d'une action réflexe, assez voisine de celles qui provoquent la mort subite par inhibition si bien étudiée par Brouardel et ses élèves. Dans la tuberculose le mécanisme doit être sensiblement différent. Il s'agit toujours de formes rapides (obs. VII) dans lesquelles on est en droit de soupçonner une toxhémie intense.

On sait que dans ces tuberculoses hypertoxiques le myocarde est toujours plus ou moins profondément altéré ; les centres nerveux peuvent l'être eux aussi, et il suffit d'un faible *à-coup*, comme celui que provoque l'accouchement, par exemple, pour qu'une syncope survienne, dont le cœur et les centres bulbaires peuvent être simultanément rendus responsables. Autrement dit la tuberculose agit ici bien moins comme une maladie pulmonaire que comme une maladie infectieuse.

ŒDÈME PULMONAIRE. — Nous avons déjà longuement parlé de cet accident dont on commence à connaître toute l'importance chez la femme enceinte. Depuis les travaux de Vinay, de Duplout et la thèse de Pouliot on sait combien l'œdème pulmonaire est grave dans les grossesses compliquées de cardiopathies. Ce qui a été fait pour les maladies du cœur ne l'a pas été pour celles de l'appareil respiratoire, et, de fait, celles-ci se compliquent infiniment moins souvent d'œdème aigu du poumon. En nous en tenant à celles qui ont provoqué la mort subite ou rapide nous en avons relevé et publié ci-dessus 4 observations où la maladie causale était respectivement la grippe, une

pneumonie, une pleurésie avec épanchement, une pleurésie chronique. Comment se produit la suffusion séreuse qui caractérise l'œdème du poumon, c'est là une question bien discutée et sur laquelle nous ne pouvons donner de détails. Ce qui est certain c'est que l'on peut dans la grippe et la pneumonie la considérer comme le résultat d'un double facteur : fluxion active, œdème collatéral inflammatoire dans les parties saines du poumon, et défaillance aiguë du cœur. Dans les états pleurétiques c'est ce deuxième élément qui entre seul en jeu.

Ce qui d'ailleurs nous intéresse davantage c'est la crise d'œdème pulmonaire elle-même et la façon dont elle peut entraîner la mort quasi subite. On connaît le tableau clinique de cette crise. On sait qu'elle débute d'une façon subite par une dyspnée considérable accompagnée d'une angoisse inexprimable. Toutes les facultés, toutes les forces physiques de la malade se concentrent dans la recherche de l'air dont elle a une telle soif. A demi assise sur son lit, soulevée sur les coudes elle « mobilise » tous les muscles inspireurs accessoires pour mieux distendre sa cage thoracique ; mais tous ses efforts sont vains, parce que l'obstacle à la respiration n'est pas extérieur, la malheureuse le porte en-dedans d'elle-même, si bien qu'elle se cyanose, qu'elle s'agite et perd peu à peu conscience des choses. On l'ausculterait à ce moment qu'on entendrait outre les battements tumultueux du cœur affolé, une pluie de râles fins, véritable marée montante qui s'étend progressivement à toute la poitrine. Et, du reste, la malade n'est-elle pas comme noyée par une sorte de submersion

interne? Cette accumulation de liquide dans les alvéoles puis dans les bronches se traduit par un bruit de râles perceptible à distance, qui ne diffère d'ailleurs pas du râle trachéal des agonisants. A ce moment ou un peu avant, la malade ressent des picotements dans la gorge, et elle est prise d'une petite toux brève, quinteuse, incessante, qui d'abord infructueuse ramène une expectoration caractéristique. Spumeuse, plus ou moins striée de sang, elle se sépare par le repos en deux couches, la supérieure aérée, mousseuse ; l'inférieure gommeuse, filante comme du blanc d'œuf. La malade en rejette parfois des quantités énormes : une pleine cuvette ; mais ce sont là les cas heureux. C'est au contraire quand la malade épuisée n'a plus la force de cracher ou plus exactement quand le réflexe d'expectation ne se produit plus, que l'accumulation toujours croissante de cette sérosité dans les bronches amène l'asphyxie. La mort en pareil cas peut être très rapide. En une demi-heure, quelquefois moins, tout est terminé. La malade de Devilliers (obs. IX) rentre tout à fait dans ce cas. Quand la crise se prolonge un peu et qu'elle entraîne néanmoins la mort celle-ci survient assez vite pour pouvoir rentrer dans le cadre de cette étude, et c'est ce qui justifie les développements un peu longs que nous venons de donner à cette description de l'œdème pulmonaire.

PNEUMOTHORAX

Ainsi que nous l'avons dit et que d'ailleurs le petit nombre de nos observations le donnait à penser, cet accident est très rare dans l'état puerpéral.

Il est vraisemblable que, comme en dehors de cet état, c'est la tuberculose qui est la cause la plus fréquente du pneumothorax. C'est en particulier le cas de nos observations I et III. Ainsi que le fait remarquer Netter (1) ce sont surtout les formes rapides de la tuberculose qui se compliquent de pneumothorax (obs. III) et c'est rarement l'ouverture d'une grande caverne, mais plutôt celle d'un petit foyer caséeux sous-cortical (obs. I) qui produit ce résultat. Après la tuberculose, et si l'on en excepte les traumatismes portant sur la plèvre pariétale qui ne nous intéressent pas ici, c'est l'abcès du poumon qui vient en première ligne comme cause de pneumothorax ; notre observation II a trait à un cas de ce genre.

Il est une autre maladie, qui au dire de Galliard joue un rôle important ; c'est l'emphysème cellulaire sous-cutané. On sait en quoi consiste cette complication. Chez un

1. Netter. Art. « Pneumothorax », in *Traité de Médecine Charcot-Bouchard*, 2^e édition, t. VII, p. 492.

emphysémateux banal, chez un asthmatique, chez un tuberculeux, un alvéole pulmonaire se rompt. Par cet orifice, et pendant les efforts de toux qui augmentent considérablement la pression intra-pulmonaire l'air pénètre dans le tissu cellulaire qui sépare les ramifications bronchiques, s'insinue jusqu'au hile, remonte à travers le médiastin et ayant fait son apparition dans le creux sous-claviculaire, gagne de proche en proche dans le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque ces phénomènes sont consécutifs à la rupture d'un alvéole sous-pleural ils peuvent, grâce à une fissure de la plèvre viscérale se compliquer de pneumothorax : Galliard l'a établi par des faits démonstratifs.

Or l'emphysème sous-cutané est un accident relativement fréquent du travail de l'accouchement ; c'est même chez la parturiente qu'il atteint d'ordinaire les proportions les plus considérables. Il était donc naturel de penser qu'il pouvait chez elle s'accompagner de pneumothorax. Nous avons pour vérifier cette hypothèse parcouru les plus importants des travaux récemment consacrés à l'emphysème sous-cutané *post-partum*, en particulier un article de Chahbazian et la bonne revue générale de Hergott. De cette lecture, nous concluons, avec Netter, que l'on n'a jamais observé le pneumothorax comme complication de l'emphysème sous-cutané du travail.

La forme anatomique du pneumothorax est variable suivant les circonstances dans lesquelles il apparaît. Survient-il chez un sujet antérieurement atteint de pleu-

résie, ayant de ce fait une plèvre cloisonnée par des adhérences fibreuses ? il sera alors partiel ; mais, dans ce cas il ne peut absolument pas entraîner la mort subite ni même rapide et il ne nous intéresse pas.

Survient-il au contraire chez une femme dont la plèvre est libre, il est d'emblée total, et la compression énergétique qui en résulte pour le poumon entier entraîne les troubles les plus sérieux de la fonction respiratoire. Tel était le cas dans nos deux premières observations. Mais, dans la seconde il nous faut signaler un caractère particulier. La malade qui était atteinte d'un abcès sous-cortical du poumon évoluant depuis plusieurs jours avait une réaction pleurale assez intense ; à sa plèvre viscérale adhéraient des fausses membranes fibrineuses dont l'une flottait au-devant de l'orifice de perforation du parenchyme pulmonaire. Lâche pendant l'inspiration, cette membrane laissait pénétrer l'air dans la plèvre ; accolée au poumon pendant l'expiration elle s'opposait à l'issue de l'air : elle constituait en un mot un *pneumothorax à soupape*, variété la plus grave puisque fatalement elle aboutit à faire s'emmagasiner l'air dans la plèvre sous une pression supérieure à celle existant dans les alvéoles pulmonaires. Aussi bien quoique une ponction évacuatrice ait été pratiquée chez la malade de Jones, l'épanchement gazeux se reproduisit, et causa l'asphyxie à brève échéance.

En dehors de la dyspnée qui n'a rien de caractéristique la malade n'accuse qu'un point de côté ; encore cette douleur est-elle des plus variables. Parfois la malade est dans un tel état d'alarme et d'angoisse qu'elle ne peut même passer plaindre. Elle succombe avant qu'on ait pu chercher

même à faire un diagnostic (obs. I). Le plus souvent la douleur est très vive et la coexistence de ces deux éléments dyspnée à début brusque et point de côté devra faire rechercher les signes physiques du pneumothorax. Ceux-ci ne sont nullement modifiés par l'état puerpéral aussi nous n'y insisterons pas. Il suffit le plus souvent d'avoir songé au pneumothorax pour qu'il soit très aisé de le reconnaître. L'immobilité des espaces intercostaux du côté malade, leur voussure, la sonorité tympanique à la percussion, la suppression du murmure vésiculaire, l'auscultation de la voix auraient vite fait de lever tous les doutes. Et dès lors il n'y aurait plus qu'à songer au traitement dont nous allons parler bientôt.

LES CAUSES ADJUVANTES

Avant d'en arriver là, il nous reste à compléter par quelques mots ce que nous avons déjà dit des lésions concomitantes, des défaillances organiques qui favorisent la mort subite en aggravant dans de fortes proportions des lésions déjà redoutables par elles-mêmes.

Le cœur joue évidemment un rôle primordial et presque exclusif dans ces phénomènes secondaires. Nous avons montré comment l'insuffisance au moins partielle du cœur était presque nécessaire pour expliquer l'œdème aigu du poumon chez les pleurétiques et les pneumoniques (ob. IX, XI.) Nous pouvons montrer qu'il en est de même pour rendre compte de la rapidité de la mort dans le pneumothorax ; car en clinique générale on observe rarement

la mort subite ou quasi subite à la suite de cette complication. Dans nombre de cas le pneumothorax est susceptible de guérison, ou d'une assez longue survie ; pour que la mort survienne rapidement il faut que le cœur soit incapable d'entretenir une circulation du sang assez active pour compenser la diminution de l'hématose du côté atteint ; c'est ce qui se passe dans notre observation III où la malade était profondément intoxiquée par une tuberculose à marche rapide et sans doute aussi dans l'observation I où le sujet était atteint de tares multiples et dont le cœur n'était certes pas indemne.

Enfin pour en finir avec l'action du cœur nous ne ferons que mentionner sans y insister le rôle prépondérant qu'il joue dans la pathogénie des syncopes.

Il nous faut aussi dire un mot de *l'émonctoire rénal*. C'est surtout par la rétention dans les humeurs de l'organisme de produits toxiques, ou de substances nuisibles par leur excès, comme le chlorure de sodium, que l'insuffisance rénale devient un facteur pathogénique important de l'œdème pulmonaire chez la femme enceinte. On retrouve cette influence des lésions rénales dans notre observation n° VI. Dans les autres accidents le rôle adjuvant de l'insuffisance rénale est moins net cependant. On ne peut douter qu'il se soit manifesté dans notre observation I où la malade était mise dans un état d'infériorité manifeste par une néphrectomie unilatérale, et par la pyélonéphrite ascendante avec calculs phosphatiques extrêmement volumineux dans le rein du côté opposé.

Pour être tout à fait complet il nous faudrait dire ici un mot du rôle des *centres nerveux* ; mais ce serait répéter ce

que nous avons déjà dit à propos de la syncope, aussi terminons de suite ces quelques considérations sur les facteurs pathogéniques accessoires de la mort subite.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas ici le loisir de reprendre les discussions — qui restent d'ailleurs encore pendantes et pour longtemps — sur l'opportunité de l'interruption de la grossesse dans les maladies graves de l'appareil respiratoire, interruption qui constituerait évidemment le traitement prophylactique des accidents qui nous occupent.

Faute de pouvoir aborder même très superficiellement ce sujet pourtant plein d'intérêt, nous allons entamer de suite la description succincte du traitement proprement dit que nous n'osons hélas ! appeler traitement curatif.

Cette description comportera deux divisions, la première parlant du traitement médical, passera en revue successivement les différents accidents auxquels est consacrée cette thèse ; la deuxième dont le traitement obstétrical fera l'objet sera commune à tous ces accidents, du moins s'ils surviennent avant l'accouchement.

TRAITEMENT MÉDICAL

Syncope — Le traitement de la syncope même ne saurait présenter d'indications spéciales. Mais on pourra, suivant les circonstances, en tirer quelques-unes de la mala-

die causale. S'il n'y a rien de bien particulier à faire lorsqu'une tuberculeuse cachectique est frappée d'une syncope, il n'en est pas de même dans la pleurésie, par exemple ; et peut-être la malade de Mardret (obs. X) eut-elle bénéficié d'une thoracenthèse faite à temps.

Œdème pulmonaire. — Ici il existe un traitement, véritable traitement d'urgence, souvent d'une efficacité extraordinaire, c'est la saignée. Faite abondamment dès le début de la crise la saignée provoque parfois de véritables résurrections ; on comprend aisément que la spoliation rapide de 500 à 800 grammes de sang veineux, soit pour le cœur droit et pour la circulation pulmonaire une décharge salutaire. On s'imagine très bien comment le flux séreux qui menaçait de submerger l'appareil respiratoire s'en trouve arrêté et détourné : aussi devra-t-on toujours y recourir. On pourra cependant subir des échecs ; même bien faite une saignée peut rester blanche ou ne donner qu'une quantité insignifiante de sang si elle est faite sur une malade en état d'asphyxie trop avancée. Et puis, les résultats immédiats de la saignée pourront être favorables sans que la malade en retire un grand bénéfice. Ce sera le cas lorsque la maladie causale sera par elle-même trop grave et continuera d'exercer son influence néfaste.

Aussi devra-t-on immédiatement après la saignée avoir recours à une thérapeutique appropriée ; dans la pleurésie, pratiquer la thoracenthèse : dans une grippe, une pneumonie — et d'ailleurs dans tous les cas — soutenir l'organisme par les stimulants les plus énergiques administrés par la voie la plus rapide.

C'est dire qu'on devra faire des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine (1 à 2 milligrammes) de caféine, et d'huile camphrée. Ce dernier médicament est particulièrement indiqué : tonique du cœur et sédatif du système respiratoire, il remplit les deux indications essentielles du traitement : peu toxique il est très bien toléré et l'on peut sans danger injecter en plusieurs fois jusqu'à 10 centimètres cubes de la solution au dixième qui est le plus habituellement employée.

L'essentiel est d'aller vite dans l'exécution de ces divers modes de traitement ; en réalisant ce programme on peut soutenir les forces de la malade et *gagner du temps*. Or quand une malade est sous le coup de la mort subite, gagner du temps c'est permettre à l'orage qui la menace de se détourner d'elle, c'est dans quelques cas se donner la possibilité de la sauver.

Pneumothorax. — Dans cet accident la thérapeutique d'urgence est tout indiquée : c'est l'évacuation de l'air contenu dans la plèvre. Evacuation que l'on fera, vu l'extrême nécessité, avec la première aiguille et la première seringue venue. Un petit instrument très simple vite improvisé et très pratique est celui qu'a imaginé Béchère. Sur une aiguille de seringue de Pravaz ou de seringue de Roux on fixe un petit tube de caoutchouc, muni à son extrémité d'un tube de verre qu'on fait plonger dans un récipient plein d'eau. Une fois le tout stérilisé par ébullition l'aiguille est enfoncée dans un espace intercostal selon la technique classique de la thoracentèse : si la malade a vraiment un pneumothorax, des bulles d'air s'échappent à l'extrémité du tube de verre et viennent barboter dans l'eau ; il en

est de même tant que la pression intrapleurale est supérieure à la pression atmosphérique. Si le pneumothorax est de la variété dite à soupape cette égalité de pression ne dure pas et l'on voit bientôt de nouvelles bulles d'air s'échapper du petit appareil. Celui-ci permet donc à la fois d'évacuer une bonne partie de l'épanchement gazeux, et de faire le diagnostic de la variété de pneumothorax. Il n'expose qu'à un accident, l'aspiration de liquide dans la plèvre au cas où le diagnostic de pneumothorax serait inexact. La surveillance des mouvements de l'eau dans le tube de verre permet d'éviter aisément cette éventualité d'ailleurs bien peu redoutable.

Il est bien entendu, que faute d'avoir sous la main les éléments de l'appareil de Béchère, ou un aspirateur de Potain, on se servira de la première seringue venue, celle de Roux en particulier, pour décompresser rapidement à l'aide d'une ou plusieurs ponctions le poumon en train de s'atélectasier.

Là encore il faudra avoir recours à l'emploi des stimulants. Sulfate de strychnine, caféine, éther, huile camphrée en injections hypodermiques, alcool, liqueur d'Hoffmann, acétate d'ammoniaqué par voie buccale reprendront tous leurs droits : nous ne voulons pas revenir sur ce point.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Pendant la vie de la femme on doit surtout se préoccuper d'elle, et nous verrons bientôt pourquoi l'existence du fœtus reste tout à fait au second plan. Peut-on par une

intervention obstétricale augmenter les chances de survie de la mère ? Le problème se pose tout différemment suivant que la femme est ou non en travail. Si l'accident grave, crise d'œdème pulmonaire, par exemple, survient pendant l'accouchement alors que la dilatation est complète ou presque complète, *l'application du forceps* est tout indiqué : elle sauvegarde la vie du fœtus en l'arrachant plus vite aux dangers dont le menace l'asphyxie maternelle ; elle soulage la mère en diminuant la pression abdominale et la gêne respiratoire et surtout en supprimant les efforts de l'accouchement. Si la dilation n'est pas suffisante pour permettre l'extraction immédiate de l'enfant on est en droit de la compléter par les manœuvres manuelles ou instrumentales ; mais il est bien à craindre que la durée de cette intervention en rende le bénéfice définitif illusoire.

Lorsque l'accident survient avant tout début de travail il ne peut être question de provoquer celui-ci ; peut-être peut-on en cas d'extrême danger et si le fœtus est viable diminuer un peu la tension intra-utérine par la ponction des membranes : on espère alors que si la femme ne succombe pas immédiatement on aura le temps de la remonter suffisamment pour qu'elle puisse supporter les fatigues de l'accouchement quand celui-ci surviendra. Cette manœuvre a été quelquefois pratiquée dans les accidents gravidocardiaques. Nous la donnons pour ce qu'elle vaut, ne sachant pas au juste les résultats qu'elle donnerait dans les complications graves des maladies de l'appareil respiratoire.

Après la mort, il se pose encore une grave question : celle de l'*opération césarienne*. En principe, chez toute femme qui meurt au cours de la grossesse on doit chercher à extraire l'enfant vivant au moyen de la gastrohystérotomie. Il semble même à première vue que cette intervention doive être particulièrement indiquée dans les accidents qui nous occupent puisqu'il s'agit de mort subite. En réalité il n'en est rien ; cette observation ne s'applique qu'aux morts subites traumatiques où la césarienne *post-mortem* donne le maximum de chances de survie à l'enfant. Tout au contraire dans la mort subite — ou rapide — d'origine respiratoire l'enfant est extrêmement compromis. Il suffit d'avoir présent à l'esprit le mécanisme de l'hématose fœtale pour se l'expliquer. On sait en effet que les globules rouges du fœtus empruntent aux globules rouges maternels l'oxygène dont ils sont chargés. Mais, survienne l'asphyxie maternelle, au moment précis où la teneur en oxygène du sang de la mère sera devenue inférieure à celle du sang du fœtus, l'osmose se fera en sens inverse de la normale, au niveau de la circulation placentaire et en quelques instants l'enfant cèdera à sa mère le peu qu'il lui reste du gaz vivifiant.

Aussi, en principe, l'*opération césarienne post-mortem* est-elle vouée à l'insuccès lorsque la mort de la mère est due à l'asphyxie. Si l'on ajoute la diminution de résistance dont la maladie maternelle préexistante (pneumonie, pleurésie, tuberculose, etc.) a déjà frappé le fœtus, on voit combien peu de chances de survie celui-ci conserve.

Cependant c'est encore assez pour que la césarienne doive toujours être tentée. Elle pourra par hasard donner

un enfant vivant. Campbell a fait graviter sa thèse autour d'un cas de mort subite par œdème pulmonaire (chez une cardiaque, il est vrai) où il put extraire par la voie haute un enfant qui survécut. Cet exemple justifie et nécessite l'obligation de pratiquer la césarienne *post-mortem*. On ne s'en dispensera que lorsque la femme étant en travail l'extraction de l'enfant s'il est peu volumineux pourra être plus facile par les voies naturelles, extraction qu'on ferait au besoin précéder de larges incisions du canal cervical.

Tel sera l'ultime ressource à laquelle on devra avoir recours dans le traitement de la mort subite ou rapide compliquant les maladies de l'appareil respiratoire dans l'état puerpéral.

CONCLUSIONS

1° Les maladies de l'appareil respiratoire, en particulier l'asthme, la pneumonie, les abcès du poumon, la tuberculose pulmonaire et les pleurésies aiguës ou chroniques peuvent entraîner la mort subite ou rapide pendant la puerpéralité ;

2° Une syncope, une crise d'œdème pulmonaire, un pneumothorax suffocant, tels sont les accidents qui viennent, en général, entraîner ce genre de mort ;

3° Le retentissement de la grossesse sur les appareils respiratoire et circulatoire explique partiellement la brutalité de l'évolution des accidents. Souvent des crises concomitantes du cœur et du rein l'expliquent aussi en partie ;

4° Le traitement médical des différents accidents et en particulier du pneumothorax ne diffère pas essentiellement de ce qu'il serait en dehors de l'état puerpéral ;

5° Un traitement obstétrical peut être indiqué ; il consistera suivant le cas dans la terminaison rapide du travail s'il était déjà déclaré ; ou dans l'opération césarienne *post mortem* si le travail n'est pas déclaré.

Vu : Le Président de la thèse

BAR

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auvard*. — Travaux d'obstétrique. 3 vol. in-8°. Lecrosnier et Babé. Paris, 1889, t. II.
- Burchardt-Socin*. — Pronostic de la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse. Rev. internat. de la Tub., 1907, XI, 247.
- Campbell*. — De la mort subite dans l'état puerpéral. Thèse, Paris, 1849.
- Chahbazian*. — De l'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement. Arch. toolog., 1883, X, 403.
- Challier de Grandchamp*. — Causes de la mort subite après l'accouchement. Thèse, Paris, 1870.
- Chambrelet*. — Crise d'athisme mortelle pendant la grossesse. Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux, 1898. XIX, 190.
- Croom*. — On asthma gravidarum. Edimburgh med. Journ., 1891-1892, XXXVII, 7-93.
- Devilliers*. — Sur un cas de mort subite au début de l'accouchement. Rev. méd. franç. et étrang., 1853, II, 17.
- Dionis*. — Dissertations sur les morts subites. In-16. Paris, 1709.
- Doumanoff*. — Contribution à l'Etude de la Pneumonie pendant la grossesse. Thèse, Nancy, 1899-1900, n° 36.
- Dubreuilh*. — Influence de la grossesse de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie. Bull. Acad. Méd., 1851-1852. XVII, 14.
- Félice*. — Tuberculose laryngée et grossesse. Ann. des

- Mal. de l'oreille et du larynx, 1906 (9 février), 114.
- Galliard*. — Le pneumothorax. Bib. méd. Charcot-Debove.
- Gaulard*. — Pneumonie et grossesse. Presse méd. 1896, 577.
- Godreau* (M^{lle}). — Tuberculose et puerpéralité. J. d'Obst. Gyn. et Péd., 20 sept. 1907.
- Godskesen*. — Die Kehlkopftuberculose voræfrend Schwerngerschaft und Geburt. Arch. f. Laryng, 1903, XIV, 286.
- Grisolle*. — Traité de la pneumonie, 2^e édition. Paris, 1864, p. 466.
- Grosskopff*. — Infl. de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches sur les voies respiratoires supérieures. Archiv. für Laryng., 1909, XXI, 507.
- Hergott*. — De l'emphysème sous-cutané en obstétrique. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1904, n. s. I, 643.
- Hervieux*. — Traité des maladies puerpérales, in-8°. Paris, 1870.
- Jones*. — Death from pneumothorax following abortion medical News, 1891, LIX, 688.
- Kütner*. — Larynse tuberculose und Graviditæt. Arch. f. Laryng., 1902, XII, 425.
- Tuberculose laryngée et grossesse. Ann. des Mal. de l'oreille et du larynx, 1907, XXXIII, 445.
- Labadie-Lagrave*. — La grippe à la maternité. La Médecine moderne, 1892, III, 89.
- Lamy*. — De la mort subite des femmes en couches. Thèse de Paris, 1873.
- Maritau*. — Recherches sur les causes de morts subites dans l'état puerpéral. Thèse de Montpellier, 1875.
- Martel*. — Grossesse et tuberculose. Gaz. des Hôp., 1886, LIX, 51.
- Merklen et Pouliot*. — De l'œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique chez les cardiaques. Bull. de la Soc. méd. des Hôpit.,
- Mijulietj*. — Action de l'influenza sur la menstruation, la grossesse et les suites de couches. Nouv. Arch. d'Obst., 1890. I. 450.

- Mardret.* — De la mort subite dans l'état puerpéral. Mémoire de l'Ac. Méd. Paris, 1858, p. 153.
- Moynier.* — Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, in-8°. V. Masson. Paris, 1858.
- Netter.* — Art. Pneumothorax, in traité de Médecine Charcot-Debove, 2^e édition, Masson. Paris, 1900, t. VII, 492.
- Paterson.* — Note on a case of sudden death following labor due to cardiac disease and pneumonia. Edimburgh medical Journ., 1900, n. s., VIII, 135.
- Petiau.* — Etudes sur la phtisie dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et la lactation. Thèse de Paris, 1885.
- Philipps.* — On sudden death from syncope after labour Guy's hospitals Reports, 1873, XVIII, 159.
- Pouliot.* — Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1904-1905.
- Rebierre.* — Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse. Thèse de Paris, 1899-1900.
- Rémy.* — Trois cas de mort subite pendant la période d'expulsion. Rev. Médic. de l'Est, 1907, XXXIX, 321.
- Rénon.* — Tuberculose pulmonaire et grossesse. Journ. des Prat., 3 février.
- Ricau.* — De la pneumonie pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1874.
- Rudaux.* — De la mort subite pendant la puerpéralité. Arch. gén. Méd., LXXXIII, t. I, 1089.
- Schirsky (M^{lle}).* — De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse de Paris, 1891-1892.
- Schultz.* — Grave's disease; pregnancy; croupous pneumonia. Medical Herald, 1880-1881, t. II, 5.
- Tourdes.* — V^o « Mort ». In Diction. encyclop. des Sc. Méd., 2^e série, IX, p. 690.
- Valot.* — Asthme et puerpéralité. Thèse de Toulouse, 1901.

Vinay. — De l'influence chez les femmes en état de puerpéralité. Lyon médic., 1892, n° 8 et 9.

— Traité des maladies de la grossesse, J.-B. Baillière. Paris, 1894, p. 255 et suiv.

Wallich. — De la pneumonie pendant la grossesse. Ann. de Gynéc., 1889, XXXI, 439.

Wernich. — Pneumonie bei Schwungern. Berlin Beitræg. zur Gebürts. und Gynæk., 1873, Bd., II, 247.

